

Diabète et Ramadan : mise au point sur les recommandations récentes

Diabetes and Ramadan: An update on recent guidelines

S. El Aziz¹, S. Skalli², A. Chadli¹,
H. El Ghomari¹, A. Farouqi¹

¹Unité d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

²Département de pharmacie clinique et médicaments, Centre hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite, France.

Résumé

Le jeûne du mois de Ramadan expose à un risque métabolique majoré chez les patients diabétiques, qui consiste en un déséquilibre du diabète et/ou des hypoglycémies. Toutefois, même si religieusement le patient diabétique peut être exempt du jeûne, un grand nombre de diabétiques le réalise, avec ou sans concertation avec leur médecin traitant, et donc sans ajustement thérapeutique, ni renforcement du suivi. Plusieurs recommandations et consensus d'experts ont permis récemment d'établir des propositions pour optimiser la prise en charge du diabète au cours du Ramadan. Des ajustements thérapeutiques rendent possible le jeûne du mois de Ramadan. Le médecin traitant a toute sa place pour informer le patient des modifications proposées et de la surveillance à adopter durant ce mois. Cette revue de la littérature vise à faire la synthèse des recommandations récemment émises par plusieurs experts et associations scientifiques.

Mots-clés : Diabète – Ramadan – jeûne – hypoglycémies – recommandations – autosurveillance glycémique.

Summary

Ramadan fasting induces a high metabolic risk in some diabetic patients. Diabetic patients during Ramadan have a high at risk of uncontrolled diabetes and hypoglycemia. Therefore, even if diabetic patient can religiously not fast because of the underlying disease, most of diabetic patients fast with or without consulting their physician, and so without any treatment adjustment. Many recommendations and experts' consensus have tried to establish some guidelines concerning diabetes in Ramadan. Diabetic patients who insist for fasting should have their treatment adapted so they can fast more safely. These adjustments can be done by their doctor before the month of Ramadan, so patients can be informed about their new treatment and self monitoring blood glucose. The following update relates data concerning various recommendations published in recent years regarding diabetes management during Ramadan.

Key-words: Diabetes – Ramadan – fasting – hypoglycemia – guidelines – self-monitoring of blood glucose.

Introduction

Le jeûne du mois de Ramadan induit un risque important chez le patient diabétique [1]. Ce risque est d'autant plus majoré au cours des 10 ans à venir dans les pays situés loin de l'équateur, avec une durée de jeûne prolongée pouvant atteindre 16 à 18 heures par jour. Les complications liées au jeûne sont essentiellement les accidents

hypoglycémiques, dont les conséquences chez le patient diabétique peuvent s'avérer redoutables [2], l'acidocétose, l'hyperglycémie, et la déshydratation avec risque de thrombose. Toutefois, malgré ce risque mal connu des patients, et probablement négligé par les soignants, 43 % des patients diabétiques de type 1 (DT1) et 79 % des patients diabétiques de type 2 (DT2) jeûnent, selon l'étude *Epidemiology*

Correspondance

Siham El Aziz

Unité d'endocrinologie, diabétologie
et maladies métaboliques
CHU Ibn Rochd
Casablanca – Maroc.
sihamelaziz@yahoo.fr

of Diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) [3], large étude épidémiologique menée dans 13 pays avec population musulmane prédominante. Le fait est que les patients diabétiques jeûnent, avec ou sans approbation de leur médecin traitant. Seulement, 62 % des patients DT2 et 68 % des patients DT1 reçoivent un avis spécialisé et un ajustement thérapeutique éventuel durant le mois de Ramadan [3]. Les patients sont donc généralement mal informés, et les traitements souvent non ajustés. La publication de nouvelles données provenant, notamment, d'études concernant l'éducation et la préparation au jeûne [4], d'une part, et l'arrivée de classes thérapeutiques exposant à un risque d'hypoglycémie moindre, d'autre part, ont permis de réactualiser les connaissances concernant le jeûne du patient diabétique. Actuellement, les recommandations, notamment américaines (*American Diabetes Association*, ADA) publiées en 2010 [5] et asiatiques (*South Asian Consensus Guideline*) [6, 7], ainsi que les propositions thérapeutiques d'Arabie Saoudite [8], permettent d'établir des propositions concernant la prise en charge du diabète pendant le mois de jeûne de Ramadan.

Évaluation médicale en pré-Ramadan et détermination du risque lié au jeûne

- Le jeûne du Ramadan est une décision importante personnelle qui devrait être prise par la personne diabétique en concertation avec son médecin traitant. Le plus souvent, les patients insistent pour jeûner. Le médecin traitant devrait proposer, 1 à 2 mois avant le Ramadan, une consultation spécifique pour ces patients, permettant :

- **Une évaluation de l'équilibre glycémique** : le jeûne ne devrait pas être « autorisé » si l'HbA_{1c} est supérieure à 10 %, si le patient présente des hypoglycémies fréquentes ou non ressenties, et en cas de diabète instable.

- **Une recherche de toute comorbidité pouvant s'aggraver par un jeûne**, notamment une maladie rénale chronique (clairance de la créatinine < 60 ml/min), une insuffisance hépatocellulaire, un angor instable ou une insuffisance cardiaque.

- **Enfin, les ajustements thérapeutiques à réaliser devraient être expliqués au patient** à ce moment, ainsi que les règles hygiéno-diététiques, qui consistent généralement à maintenir les mêmes apports caloriques durant le Ramadan entre le repas de la rupture du jeûne (Ftour) et celui du lever de soleil (Shour). Ce maintien idéal du régime habituel est préconisé par les recommandations asiatiques (*South Asian Consensus Guideline*) et américaines (ADA) ; il est rappelé dans les dernières recommandations de la Fédération Internationale du Diabète (FID/IDF) de 2012 concernant le traitement du diabète de type 2 [9].

- La consultation de « pré-Ramadan » permet de déterminer le risque lié au jeûne (*tableau I*), et d'éclairer le patient pour une prise de décision appropriée. Le jeûne devrait être, par ailleurs, formellement évité en cas de grossesse, d'allaitement, d'ulcère gastrique ou duodéal évolutif, d'infection sévère (tuberculose, etc.), d'asthme sévère, de néoplasie, d'insuffisance hépatocellulaire et de macroangiopathie avancée [7]. Concernant l'éviction du jeûne en cas de risque élevé, une attitude persuasive envers le patient concerné est préférable à une attitude autoritaire.

- À noter que la stratification de ces risques est basée plutôt sur un consensus d'experts, et non sur des preuves issues d'études cliniques.

Prise en charge générale du patient diabétique pendant le mois de Ramadan

L'un des principes généraux de la prise en charge du traitement du diabète de type 2 est l'individualisation de la prise en charge thérapeutique. Ceci est valable particulièrement pendant le mois de Ramadan, et nécessite, par ailleurs, une implication active du patient. L'autosurveillance glycémique (ASG) est primordiale, notamment chez les patients insulino-traités ou sous sulfamides hypoglycémiant. Une attention particulière devrait être portée vers :

- **La diététique durant le Ramadan**

Le poids devrait être stable durant le Ramadan, autrement dit, les apports caloriques devraient être identiques comparés aux apports antérieurs, avec une répartition qualitative adéquate. Le patient diabétique devrait notamment, durant cette période :

- **éviter les aliments riches en matières grasses et en sucres**. Ceci a souvent lieu durant le repas dit du **Ftour**. Une alimentation variée avec des carbohydrates plus simples est préférable [10] ;

- **le repas précédent le jeûne (Shour)** doit lui, au contraire, être plus riche en carbohydrates « complexes » vu leur absorption et digestion plus longue,

Tableau I. Définitions des niveaux de risque liés au jeûne chez les patients diabétiques.

Très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> – Hypoglycémies non ressenties – Hypoglycémies répétées – Hypoglycémies sévères dans les 3 mois précédents – Patients déséquilibré, acidocétose ou hyperosmolarité dans les 3 mois précédents – Dialyse – Diabète de type 1 – Grossesse
Haut risque	<ul style="list-style-type: none"> – Insuffisance rénale – Complications dégénératives avancées – HbA_{1c} entre 7,5 et 9,0 %, ou glycémie moyenne entre 1,5 et 3,0 g/l – Patient vivant seul sous multiple injections ou sulfamides hypoglycémiant – Sujet âgé avec co-morbidité – Patient sous traitement affectant l'état mental
Risque modéré	<ul style="list-style-type: none"> – Patient bien contrôlé sous insulino-sécréteur d'action courte (glinides)
Faible risque	<ul style="list-style-type: none"> – Patient bien contrôlé sous règles hygiéno-diététiques, metformine, glitazone, acarbose et/ou traitements ciblant les incrétones ; autrement dit les diabétiques en « bonne santé »

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3274374>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3274374>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)